

Patrones no formales y constricciones heurísticas en la aplicación de teorías psicológicas para la elaboración de juicios clínicos

Resumen. El presente trabajo describe un diseño recientemente desarrollado para el estudio de los procesos de elaboración de juicios clínicos realizados por psicólogos clínicos. Se intenta reconstruir desde el enfoque de los patrones no formales (EPNF), aquellos patrones que subyacen a los procesos de formulación de juicios clínicos (hipótesis diagnósticas, interpretaciones, etc.) implementados por psicólogos clínicos formados en las líneas teóricas: Teoría Cognitiva, Psicoanálisis y Gestalt en relación a un caso clínico dado. Se contactaron y entrevistaron a terapeutas que declararan tener más de tres años de experiencia de trabajo en el ámbito clínico, una formación continua en alguna de las teorías elegidas para nuestro estudio y que utilizaran dicho enfoque teórico en su práctica clínica habitual. Se les otorgó un mismo material clínico que consistía en la presentación escrita relativa al caso de una paciente y se les solicitó arribar a una caracterización de lo que le sucedía y a una hipótesis diagnóstica. De este modo se reconstruyeron las inferencias realizadas por los terapeutas en el análisis de la entrevista, se explicitaron sus juicios clínicos y se clasificaron en relación a si instanciaban PNF Teóricos (encontrados en su teoría de referencia) PNF No Teóricos (basados en aspectos no teóricos o en elementos de otras teorías psicológicas) o Patrones Formales de inferencia (indistintamente si eran teóricos o no teóricos). Finalmente se presenta y discute una breve elaboración de los datos preliminares.

Abstract. This article describes a newly developed design for the study of the processes of clinical inferences conducted by clinical psychologists. Trying to rebuild from the approach of non-formal patterns (EPNF), those patterns that underlie the formulation of clinical inferences (diagnostic hypotheses, interpretations, etc.) implemented by clinical psychologists trained in the theoretical lines: Cognitive Theory, Psychoanalysis and Gestalt about a given clinical case. Therapists who reported more than three years of work experience in the clinical setting, further training in any of the theories chosen for our study and the theoretical approach used in clinical practice were contacted and interviewed. They were granted the same clinical material, a written submission on the case of a patient, and asked to arrive at a characterization of what was happening and a diagnostic hypothesis. Thus, the inferences made by therapists in the analysis of the interviews were reconstructed, their clinical inferences were classified as to whether based in Theoretical PNF (found in his theory of reference) non - Theoretical PNF (based on non- theoretical aspects or elements of others psychological theories) or formal patterns of inference (whether theoretical or non-theoretical). Finally, a brief description and discussion of preliminary data processing is presented.

Antecedentes y marco teórico

El problema del juicio clínico

El principal objetivo del psicólogo clínico es el estudio de la personalidad y sus descompensaciones psicopatológicas. Este estudio se basa en la comprensión del mundo interno de otras personas y en la transformación de los datos conductuales y verbales recolectados en hipótesis clínicas. Para ello el psicólogo requiere un marco teórico y recursos técnicos que le permitan obtener y

Sotelo, Julio*; **Arnao, Magdalena***; **Belaus, Anabel***; **Franzán, María Emilia***; **Guiñazú, Melisa***; **Narambuena, Lucas***; **Ocampo Vega, Verónica***, y **Wilberger Aylén***

*Facultad de Psicología, UNC.

Palabras claves:

Patrones no formales, Teorías psicológicas, Juicio clínico, Clínica psicológica

Keywords:

Non formal patterns, Psychological theories, Clinical inferences, Clinical psychology

Enviar correspondencia a:

Julio Sotelo

E-mail: julio_sotelo@hotmail.com

organizar sus datos, contextualizar sus inferencias, formular y poner a prueba sus hipótesis diagnósticas, formular predicciones e implementar intervenciones terapéuticas.

La labor del clínico se ubica en un continuo entre juicios pre-científicos y juicios científicos. Los juicios pre-científicos estarían posibilitados por lo que actualmente se denomina nuestra capacidad básica de "psicólogos folk" o "psicólogos de sentido común": el entramado de conceptos y habilidades que nos permiten caracterizar, predecir y explicar la conducta de otras personas en términos de atribución de estados mentales. Los juicios científicos, por su parte, estarían determinados por la formación profesional. Los juicios científicos que el psicólogo pueda realizar se denominan también "juicios clínicos".

Ahora bien, ¿cómo realizan los clínicos expertos sus juicios clínicos? ¿Qué factores inciden en la eficacia de los juicios clínicos que formulan?

Algunos de los principales factores que, en la bibliografía especializada sobre el tema, se reconocen como incidiendo en la elaboración de juicios clínicos son:

- (a) el modelo teórico que maneja el psicólogo;
- (b) su experiencia clínica previa;
- (c) sus características de personalidad y estilo cognitivo.

Aunque resulta plausible suponer que estos tres factores inciden por igual en la práctica clínica del psicólogo, muchos investigadores, con distintas perspectivas, se han concentrado exclusivamente en el estudio del factor (c).

Algunos enfocaron este elemento como condición de posibilidad de la tarea clínica, desde el punto de vista de la psicología "folk" (Leibovich de Duarte, 1980), de la neurofisiología (Wolf *et al*, 2000; 2001), desde el psicoanálisis (Bucci, 1997; 2000) o como la aplicación de una capacidad básica y general de "reflexionar en la práctica" (Schön, 1992) o de "saber hacer" (Ryle, 2005) que se asemeja a lo que Polanyi (1967) denominó la "dimensión tácita" del conocimiento y que, en terminología más actual, constituiría un saber procedimental implícito (Western & Weinberger, 2005).

Otros (Rosenthal & White, 1972; Johnson; Calhoun y Boardman, 1975; Murdach, 1994; Mei-whei; Froehle y Morran; 1997; Snyder, 2000; Lichtemberger, 2006; Eubanks-Carter & Goldfried, 2006) enfocaron distintos aspectos del factor (c), como socavando seriamente la confiabilidad de los juicios clínicos, en tanto resultan ser una fuente de prejuicios y sesgos que obstaculizan o desvían las inferencias clínicas.

Mientras que el estudio de la incidencia de los aspectos que pudieran incluirse en (c) requiere un enfoque *psicológico* del problema del juicio clínico, el estudio de la incidencia del factor (b) y, sobre todo, de (a) –que refiere a la teoría utilizada o aplicada por el psicólogo clínico–, resulta de mayor pertinencia para la aplicación de un enfoque epistemológico.

Orientado al estudio de este último factor, nuestro trabajo implementó un enfoque predominantemente epistemológico para bordar el problema de los procesos de elaboración de juicios clínicos.

El enfoque de los Patrones No Formales

Un enfoque genera predominante en filosofía de la ciencia y epistemología, es el de considerar las teorías y la actividad científica por sus aspecto lógico-formales. En la actualidad un nuevo enfoque se propone como alternativa: el enfoque de los patrones no formales (PNF).

El enfoque de los patrones no formales critica aquellos análisis de las teorías y las prácticas científicas que se basan en aspectos lógico-formales, sosteniendo que, aunque han resultado útiles e iluminadores en cierto sentido, también son ineficaces en relación a importantes aspectos de las teorías y sus usos por parte de los científicos.

Carl Craver (2001) señala que los enfoques ocupados de los aspectos lógico-formales de las teorías, han obscurecido aquellos aspectos de la actividad científica y de la estructura y dinámica de las teorías científicas, que dependen de *patrones no formales* (PNF) para la comprensión de su estructura, su dinámica y su uso por parte de los científicos que trabajan con ellas. Tales patrones pueden describirse a partir de considerar las teorías “en estado natural” [*theories in the wild*], i.e. las teorías “tal y como son construidas, presentadas, aprendidas y testeadas por los científicos”.

La reconstrucción lógico-formal de las teorías, típicamente, obscurece las múltiples tácticas representacionales utilizadas por los científicos cuando esquematizan, expresan y enseñan sus teorías. En su “estado natural”, las teorías son expresadas de múltiples formas: escritas en lenguaje natural, expresadas en diagramas, mediante cuadros, ejemplos concretos, etc., etc.

Por otro lado, además de las muy distintas estrategias representacionales, las teorías son expresadas muchas veces de manera *parcial* o incluso directamente de forma *incompleta*. En estos casos, aprender una teoría implica internalizar esas diversas representaciones y manejar la compleja red de relaciones entre ellas, las cuáles difícilmente pueden encontrarse en la teoría misma y formalizarse, siendo que tales relaciones son en realidad sostenidas por los científicos a través de PNF que ellos utilizan para manejar sus teorías preferidas.

En este sentido, Craver sugiere que progresaríamos mucho en la comprensión de las teorías científicas poniendo nuestra atención sobre tales patrones no formales. Así, a partir de los PNF encontrados en las teorías, se pueden detectar diversos patrones que los científicos siguen al momento de aplicar sus teorías de referencia: por ejemplo, patrones de razonamiento utilizados en la formulación, construcción y testeo de las teorías, así como en la aplicación de las mismas en los procesos de descubrimiento que se producen durante el curso de la investigación.

El enfoque PNF y el juicio clínico.

Entendiendo que el objetivo *principal* del psicólogo clínico es el estudio de la personalidad y sus descompensaciones psicopatológicas, en nuestra investigación proponemos aplicar el enfoque de los PNF para abordar los “procesos de descubrimiento” de aspectos de la personalidad de un paciente y sus descompensaciones psicopatológicas, que se producen a través de la investigación que desarrolla el psicólogo clínico en su práctica profesional, aplicando una teoría de referencia. La práctica de la psicología clínica se entenderá entonces como perteneciendo al contexto de aplicación de una teoría psicológica para la formulación de juicios clínicos por parte del psicólogo.

Considerando el método clínico como un método de investigación de la personalidad del paciente, se entenderá el logro de un juicio clínico particular como el resultado de un *proceso de descubrimiento* y se abordará dicho proceso como la búsqueda de soluciones a un problema; como tal, esta búsqueda estará constreñida por heurísticas, las cuales son aportadas por los PNF de la teoría de referencia utilizada por el psicólogo clínico para formular sus juicios clínicos.

Este enfoque se aplica a una muestra de 4 teorías diferentes: teoría psicoanalítica freudiana, teoría psicoanalítica lacaniana, teoría cognitivo-comportamental y teoría gestáltica. Se propone utilizar el enfoque de los PNF para el estudio de este conjunto de 4 teorías y explicitar el modo en que el modelo teórico que maneja un psicólogo clínico formado en una u otra de estas teorías –el factor (a)-incide en sus procesos de formulación de juicios clínicos; esto se hará a través de la explicitación de los PNF de razonamiento que sigue el clínico en los procesos de formulación de dichos juicios.

De esta manera, se dirá que el modelo teórico incide en los procesos de formulación de juicios clínicos en la medida en que los PNF de razonamiento que siga el psicólogo en la formulación de juicios clínicos instancien los PNF encontrados en el marco teórico que utiliza.

En síntesis, abordaremos la utilización de las teorías en un contexto de aplicación para el “descubrimiento” de las características de la personalidad de un paciente y estudiaremos los procesos de formulación de juicios clínicos como procesos de descubrimiento constreñidos por PNF de razonamiento que instancian PNF de las teorías utilizadas por el psicólogo clínico.

Adicionalmente, se explorará la posibilidad de que algunos PNF de razonamiento no instancien ningún PNF detectado en la teoría de referencia del psicólogo sino que instancien PNFs propios de su concepción de psicología ordinaria o provenientes de otras teorías que no son las de su formación de referencia.

Hipótesis

- a. los procesos de formulación de juicios clínicos están guiados por constricciones heurísticas;

b. estas constricciones heurísticas pueden explicitarse a partir de patrones no formales (PNF) de razonamiento que el psicólogo clínico utiliza para realizar inferencias a partir de los datos que recolecta y formular sus juicios clínicos;

c. algunos de estos PNF de razonamiento instancian PNF del modelo teórico en el que ha centrado su formación clínica (“patrones teóricos”);

d. algunos PNF de razonamiento no instancian ninguno de los PNF de la teoría de referencia del clínico (“patrones no teóricos”) sino que constituyen una sofisticación de su “psicología folk”, desarrollada a través de la experiencia reflexiva o pertenecen a otras teorías.

Objetivos

General

Reconstruir desde el enfoque de los patrones no formales, los PNF subyacentes a los procesos de formulación de juicios clínicos implementados por psicólogos clínicos en la formulación de juicios clínicos (hipótesis diagnósticas, interpretaciones, etc.) acerca de un caso clínico. Se reconstruirán las inferencias realizadas por terapeutas con diversa formación teórica en su tarea clínica y se buscará explicitar cuáles inferencias siguen PNF de razonamiento que instancian algún PNF encontrado en su teoría de referencia (“patrones teóricos”) y cuáles inferencias no instancian ninguno de esos patrones (“patrones no teóricos”).

Específicos

- Explicitar y describir los PNF de las teorías psicoanalíticas freudiana, la teoría psicoanalítica lacaniana, la teoría gestáltica y la teoría cognitiva.
- Explicitar y describir los PNF de razonamiento implementados por psicólogos clínicos formados en las teorías previamente estudiadas, en los procesos de formulación de juicios clínicos (hipótesis diagnósticas, interpretaciones, etc.) acerca del material correspondiente a un caso clínico.
- Comparar los PNF encontrados en las teorías analizadas, con los PNF de razonamiento identificados en el ejercicio de formulación de juicios clínicos por parte de los psicólogos participantes.
- Identificar PNF que no pertenezcan a ninguna teoría psicológica científica o que pertenezcan a teorías distintas de la teoría de referencia de cada terapeuta.

Materiales y procedimientos

Participantes

A través de diferentes instituciones formadoras reconocidas de la ciudad de Córdoba y vías informales, tales como recomendaciones, se busco contactar y entrevistar a psicólogos clínicos que declararan tener más de tres años de experiencia de trabajo en el ámbito clínico, una formación

continúa en alguna de las teorías elegidas para nuestro estudio y que utilizaran dicho enfoque teórico en su práctica clínica habitual.

Reactivo

El material clínico sobre el que trabajaron los clínicos participantes consistió de un cuadernillo, con la presentación escrita de información relativa al caso de una paciente atendida por un psicólogo clínico que no pertenecía al conjunto de participantes. Esta información estaba precedida de un índice con todas las secciones del material, una caracterización del ejercicio que debía realizar el participante y la formulación de la consigna que debía cumplir.

Brevemente, la consigna consistía en leer todo el material, arribar a una caracterización de lo que le sucedía a la paciente y a una hipótesis diagnóstica.

El caso clínico en sí constaba, en su conjunto, de los siguientes elementos:

- un registro del primer contacto telefónico de la paciente con el terapeuta;
- la grabación de la primera entrevista;
- una síntesis de los datos personales;
- una síntesis de su historia personal;
- una descripción de distintos fenómenos observados por el terapeuta de la paciente desde la primera entrevista en adelante.

La información se dividió en párrafos, aproximadamente de la misma extensión, y se la distribuyó de manera más o menos homogénea y en la misma secuencia a través de las páginas del cuadernillo de presentación del caso.

La presentación de material clínico con este formato, buscaba eliminar factores que pudieran introducir diferencias en los modos en que se arribaba a un juicio clínico, debido a diferencias en los datos con los que contaban los clínicos -por sus diferentes modos de recolectarlos- y no a diferencias en su manera de interpretarlos. En este sentido, el reactivo contenía la única información posible a ser analizada y todos los terapeutas contaban con la misma cantidad, tipo y secuencia de presentación de la información.

En este sentido, y en contraste con la observación directa de casos reales (filmaciones, sesiones en cámara Gesell, etc.), la viñeta limita parcialmente la forma en que el caso puede ser enfocado ya que, aún cuando cada psicólogo clínico puede enfocar distintos aspectos, se ha controlado la información que se le ofrece, que es la misma para todos los sujetos; esto permite detectar mejor los factores teóricos que pudieran introducir diferencias con respecto a la elaboración de juicios clínicos.

Con respecto a la información presentada, en la primera parte de la presentación del caso (registro del primer contacto y grabación de la primera entrevista) la secuencia de presentación de la información es muy similar a la secuencia real de presentación de los datos en una situación concreta

de contacto con un paciente. Mientras que la segunda parte constituye una síntesis de datos recolectados durante distintas partes del tratamiento de la paciente.

Aunque se había planeado utilizar como reactivo el material perteneciente a un paciente con neurosis obsesiva, se utilizó el de una paciente con una sintomatología tan variada que hacía inevitablemente más complejo el proceso de diagnóstico.

La hipótesis asumida para este cambio fue que, si se utilizaba un caso que tan explícita y fácilmente podía encuadrarse dentro de una patología clásicamente abordada y teorizada por las distintas líneas teóricas, difícilmente apelarían a PNF no teóricos para realizar sus inferencias y, así, ni se haría visible la –hipotetizada– utilización de PNF no teóricos, ni se verían demasiadas similitudes entre clínicos, en relación a los juicios clínicos que hicieran (ya que todos aplicarían sus diferentes patrones teóricos).

La elección de un caso con una sintomatología más inespecífica haría, en contraste, que el proceso de elaboración de juicios clínicos fuese más complejo, en el sentido de requerir por parte de los clínicos mayor cantidad de conocimientos de su parte para poder realizar las inferencias a partir de los datos, y esto sí daría lugar a una producción de juicios en los cuáles quizá pudieran advertirse una mayor utilización de PNF no teóricos, y los diferentes patrones teóricos y no teóricos que pudieran estar utilizando cada uno de ellos.

Procedimiento

En una primera fase del trabajo se realizó una sistematización de las teorías seleccionadas para el estudio y se aplicó para su análisis el enfoque de los patrones no formales (EPNF) siguiendo para ello un instructivo diseñado para que cada uno de los participantes aplicara el enfoque a la teoría elegida. De la aplicación del enfoque surgió la formulación de algunas reglas heurísticas y PNF que se considera que están presentes en dichas teorías.

En la segunda fase del trabajo se realizó el estudio de campo. Se administró el “Caso B” como material clínico para su revisión a los terapeutas participantes y se les pidió que siguieran la regla de “pensar en voz alta”.

El método de “pensamiento en voz alta” (Ericsson & Simon, 1984) fue concebido como un medio para comprender procesos de cognitivos. Ante todo tipo de problemas clínicos, ha sido el más utilizado para estudiar los procesos cognitivos involucrados en el trabajo de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, consejeros y psicólogos): se presenta un problema de diagnóstico o de tratamiento en una serie de pasos discretos, asegurando que todos los sujetos reciban la misma información en la misma secuencia, y se les pide que piensen en voz alta a medida que la situación clínica se va presentando. La transcripción del protocolo (producido por el sujeto) constituye los datos brutos sobre los que luego se trabaja en el análisis para identificar y analizar los procesos cognitivos involucrados.

Aplicando éste método como parte del ejercicio, luego de leer la caracterización del ejercicio y comprender adecuadamente la consigna, el participante procedía a leer el material parte por parte y a verbalizar cualquier pensamiento que se le ocurriera en relación a cualquier aspecto del material que iba leyendo.

La totalidad del ejercicio se dividió en dos reuniones de dos horas cada una aproximadamente, cada una de las cuales fue grabada. Los registros de esas reuniones fueron luego degrabados y constituyeron los protocolos sobre los cuales se aplicaría el análisis.

Análisis de Datos

En el análisis de los protocolos obtenidos a partir de la degrabación de las entrevistas realizadas a los terapeutas participantes, se buscó cumplir con los objetivos específicos planteados, a saber, la identificación de los PNF y heurísticas implementados por los terapeutas en el proceso de elaboración de juicios clínicos, distinguiendo entre PNF teóricos y no teóricos.

Para ello se siguieron dos procedimientos. En primer lugar, se buscaron aquellos PNF y heurísticas que podrían identificarse en las teorías utilizadas por los terapeutas. Luego de reconstruir cada una de las teorías de la muestra aplicando el enfoque de los patrones no formales, se caracterizó cada uno de los patrones y heurísticas encontrados y se definió un código para ellos; tales códigos se aplicarían luego en el análisis de los protocolos.

En segundo lugar, durante el análisis de los protocolos se buscaron PNF de razonamiento o heurísticas que pudiera estar implementando el psicólogo clínico durante el proceso de elaboración de juicios clínicos que desarrollaba mientras analizaba el material. En este segundo paso, entonces, se aplicaron muchos de los códigos elaborados en el paso anterior, a la vez que se crearon nuevos códigos que designaban PNF o heurísticas que no pertenecían a la teoría de referencia del terapeuta.

De los dos procedimientos anteriores surgió una lista de códigos que podían clasificarse en tres grandes grupos: i) códigos que referían a PNF teóricos: aquellos patrones observados en la teoría; ii) códigos que referían a PNF no teóricos: aquellos observados en el análisis de los protocolos de los terapeutas y que, sin embargo, no se habían observado en la teoría de referencia de ese terapeuta; y finalmente, una clasificación adicional: iii) códigos que referían a inferencias clínicas caracterizadas desde un punto de vista formal: así, por ejemplo, se identificaron inferencias clínicas prospectivas, retrospectivas o explicativas, independientemente de su contenido o de si instanciaban o no uno u otro PNF de alguna de las teorías estudiadas.

Discusión

Teoría Gestáltica

Lo primero que cabe destacar en el trabajo con terapeutas gestálticos, es la dificultad que manifestaron todos para cumplir con el objetivo de la consigna de trabajo, debido a la imposibilidad de

poder apreciar los aspectos no verbales de la paciente con la mera lectura de la grabación de la entrevista.

El énfasis en distintos aspectos de la comunicación del paciente fue referido con el código Hipótesis basada en la Teoría Gestáltica ya que ésta otorga especial importancia no solo a lo que el paciente comunica sino a cómo lo realiza (tono de voz, tensión muscular, postura, etc.); por lo tanto dicho código fue uno de los principales códigos de la familia de códigos referidos a PNF teóricos en los protocolos de clínicos gestálticos.

Considerando la totalidad de códigos aplicados en el análisis, el código “Hipótesis basada en la Teoría Gestáltica” (HTG) es el de mayor frecuencia. El siguiente código más frecuente es otro que refiere a PNF teóricos, a saber el de Las Intervenciones Gestálticas (IG); mientras que el código Hipótesis de Sentido Común, que forma parte del conjunto de códigos PNF no Teórico presenta una frecuencia mucho menor. La “Descripción de Aspectos Vinculares” (DAV) es un código que también pertenecen a la familia de códigos PNF no Teóricos y su frecuencia es entre moderada y alta. Los códigos de muy baja frecuencia son los que hacen referencia a las Hipótesis basadas en otras Teorías, el cual pertenecería al conjunto de códigos PNF no Teóricos. El *código de Hipótesis diagnosticas Nosográficas, presenta una frecuencia moderada, los comentarios sobre teoría Gestáltica, así como la identificación de rasgos de la personalidad presentan también frecuencias moderadas.*

De esta manera teniendo en cuenta la clasificación de la totalidad de los códigos en tres grandes grupos: Patrones Formales, PNF No Teóricos y PNF Teóricos es importante resaltar que el código de mayor frecuencia pertenece a PNF Teóricos (HTG) y que el código (IG) también presenta una frecuencia alta, mientras que en relación al grupo de códigos de PNF no teóricos solo uno del total de los códigos presenta una alta frecuencia (DAV). En cuanto a los Patrones Formales, los dos únicos códigos pertenecientes a este grupo (Hipótesis Prospectivas e Hipótesis retrospectivas) presentan una frecuencia muy baja.

Teoría Cognitiva

De acuerdo a los resultados obtenidos el tipo de juicio clínico más utilizado por los dos terapeutas cognitivos entrevistados, fue el de Hipótesis Nosográficas. Esta recurrencia podría explicarse a partir de la importancia que se le otorga dentro de ésta corriente, al diagnóstico diferencial establecido por los manuales estadísticos de enfermedades mentales, como el DSM-IV. También se relacionaría con el tipo de abordaje terapéutico que se utiliza, ya que la misma requiere de un diagnóstico específico, sesiones estructuradas en un tiempo limitado, en problemas determinados u orientadas hacia objetivos.

El segundo tipo de juicio más utilizado es el de “Hipótesis basada en elementos de la teoría cognitiva”, lo cual indica el grado de importancia que la teoría posee para la explicación del material clínico en este tipo de terapeutas. Sin embargo el número, aunque elevado en ambos casos, resulta

mucho más significativo en el segundo terapeuta (en uno de ellos representa el 6% de sus juicios clínicos, en el otro, corresponde al 28% de los juicios)

Otro de los códigos que se presenta con mayor frecuencia corresponde a “Identificación de rasgos de la personalidad”, esto da cuenta de la importancia de los aspectos de la personalidad para establecer un diagnóstico preciso que permita diferenciar el plano clínico del subclínico y para establecer cuál es la información más ligada a un trastorno. En menor frecuencia siguen: “Identificación de aspectos disfuncionales del paciente”, “Hipótesis de causación de síntomas”, “Descripción de aspectos vinculares”, “Hipótesis basadas en la experiencia clínica” e “Hipótesis basadas en diversas teorías psicológicas”.

Los tipos de juicios menos utilizados por ambos terapeutas son: “Metáforas”, “Señalamiento de aspectos funcionales” e “Hipótesis Prospectivas”.

Haciendo una agrupación de la codificación de los tipos de juicios clínicos observados, obtenemos tres grandes grupos: Patrones Formales, PNF teóricos (basados específicamente en la teoría Cognitiva) y PNF no-teóricos (basados en aspectos no teóricos o basados en elementos de diversas teorías psicológicas). Al contabilizar los juicios clínicos utilizados por los terapeutas bajo esta clasificación, hayamos que sólo un 5% de los juicios se basan en Patrones Formales de inferencia tales como hipótesis prospectivas y retrospectivas, un 38% de juicios se basan en PNF no-teóricos (hipótesis basadas en la experiencia clínica, en el sentido común, en otras teorías, etc.) y un 57% se basan en PNF teóricos.

Finalmente, cabe destacar una diferencia en las estrategias de análisis utilizadas por los terapeutas. En el caso en qué no existe tanta preponderancia de la teoría para la explicación del material, esta se compensa con una mayor variedad de juicios utilizados para el análisis, siendo que finalmente el diagnóstico es compartido por ambos terapeutas.

Teoría psicoanalítica

Se entrevistó un terapeuta formado en teorías psicoanalítica freudiana y otro en teoría psicoanalítica lacaniana. En relación al terapeuta de formación lacaniana, se observaron escasas hipótesis de tipo prospectivas y, en cambio, en total acuerdo con la teorización psicoanalítica de buscar la significación de la patología de un paciente en eventos pertenecientes a distintas etapas de su desarrollo psicosexual, muchas hipótesis propuestas por el terapeuta eran de tipo retrospectivas.

Por otro lado, igual predominancia de la teoría psicoanalítica lacaniana se corroboró en la notable presencia de los patrones específicos de la teoría lacaniana tales como los denominados con los códigos Simbólico, Significado, Significante, Transferencia; en particular llama la atención la gran cantidad de apariciones del código “Psicosis” (aplicable a alusiones a la psicosis como cuadro nosográfico, ya sea de manera explícita o inferible a partir de las expresiones del analista) lo cual contrasta claramente con este tipo de alusiones en el caso del resto de los terapeutas entrevistados.

Este último dato también puede deberse a la importancia que tuvo en el desarrollo de la teorización lacaniana el estudio de la psicosis.

Finalmente, puede notarse que la predominancia en el uso de PNF teóricos (propios de la teoría lacaniana) en el caso del terapeuta lacaniano, contrasta notablemente con la total ausencia de inferencias basadas en patrones que pudieran provenir de otras teorías o del sentido común, lo cual queda reflejado por la total ausencia del código “Hipótesis Otras Teorías” y el código “Hipótesis Sentido Común”.

En relación al protocolo del terapeuta con formación freudiana, lo primero que pudo observarse en el análisis fue una predominancia de juicios clínicos denominados “Anotación” –el terapeuta toma nota de algún elemento que le llama la atención por algún motivo, y que no implica en realidad inferir información a partir de los datos, sino tan sólo identificar un dato como relevante, aunque por razones no siempre explicitables.

El segundo tipo de juicio clínico más frecuente es el referido por el código “Hipótesis 1”, que no necesariamente implica la aplicación de algún concepto teórico de la teoría de referencia del terapeuta, como en los siguientes ejemplos, y el siguiente tipo de juicio clínico más frecuente es el denominado por el código “Hipótesis Diagnóstica” que, al igual que el anterior, también puede implicar o no el uso de conceptos pertenecientes a la teoría de referencia del terapeuta. Sin embargo, en ambos casos la mayoría de los juicios clínicos de hecho realizados por el terapeuta, no implicaban el uso de conceptos de la teoría de referencia, por lo que podían clasificarse como PNF no teóricos.

Lo mismo ocurrió con los siguientes juicios clínicos más frecuentes, identificados con los códigos “Interpretación 1” e “Implicación”; también aquí sucedió que ninguno de estos dos tipos de juicios clínicos, implican conceptos teóricos propios de la teoría referencia del terapeuta.

Finalmente, los juicios clínicos que podrían considerarse como instanciando PNF de la teoría de de referencia fueron los menos frecuentes en este protocolo, a saber, los denominados por los códigos Ocultar, Sintaxis, Interpretación 2 o Conflicto.

La Tabla 1 resume las proporciones encontradas para los distintos tipos de juicios clínicos, según su clasificación en juicios que implicaban PNF teóricos, PNF no teóricos y patrones de razonamiento o inferencias que desde el punto de vista formal (sin importar su contenido teórico o no teórico) se clasificaban en prospectivos o retrospectivos:

Tabla 1. Patrones formales, PNF teóricos y no teóricos orientación cognitiva, psicoanalista y gestáltico

	Ps. Cognitivos	Ps. Psicoanalistas	Ps. Gestálticos
Patrones Formales	11%	10%	4%
PNF Teóricos	57%	42%	56%
PNF no Teóricos	38%	48%	40%

En la tabla puede observarse cómo el trabajo de los terapeutas formados en estas distintas líneas teóricas, difieren en las proporciones de patrones teóricos y no teóricos que utilizaron en su análisis del material. Así, los terapeutas gestálticos realizaron muy pocas inferencias formales prospectivas o retrospectivas, y relativamente pocos juicios no teóricos en comparación con aquellos que si implicaban el uso de conceptos teóricos (propios de la teoría gestáltica). Esta última relación entre juicios teóricos y no teóricos también se dio en el trabajo de terapeutas cognitivos, quienes predominantemente implementaron PNF teóricos, para la formulación de su juicios clínicos; mientras que lo inverso se produjo en el caso de los psicoanalistas, en cuyos protocolos se identificó una ligera mayor proporción de juicios clínicos implementando PNF no teóricos. Y, aunque tanto terapeutas cognitivos como psicoanalistas, implementaron en su análisis del material similar proporción de patrones formales prospectivos o retrospectivos, un dato interesante es de destacar.

Tomando la categoría de patrones de razonamiento desde el punto de vista formal, se encontró, como se dijo antes, que los terapeutas de formación gestáltica realizaron muy pocos juicios de este tipo; una hipótesis al respecto es que quizá esto se deba a la clara tendencia de los terapeutas que trabajan en esta línea teórica a focalizarse en el “aquí y ahora” de la situación del paciente, dejando de lado la realización de predicciones o la focalización en eventos tempranos de la historia del paciente. Por otro lado, también fue notable que, si bien los terapeutas cognitivos y los psicoanalistas, parecían elaborar juicios de estos tipos en iguales proporciones, los psicoanalistas formularon una notable mayor cantidad de juicios clínicos de tipo retrospectivos, en comparación con el resto de los terapeutas tomados en conjunto. Esto puede deberse a una característica típica en los PNF de la teoría psicoanalítica, según los cuales los factores determinantes de la mayoría de los síntomas y padecimientos de un paciente deben buscarse en eventos tempranos de la historia evolutiva psicosexual del paciente. En contraste, en la labor de los terapeutas cognitivos, se encontraron más o menos por igual, tanto juicios prospectivos como juicios retrospectivos.

Finalmente, en relación a la utilización de PNF no teóricos, tomando el trabajo de los terapeutas formados en las tres líneas teóricas en su conjunto, es notable el alto porcentaje de PNF no teóricos utilizados (alrededor del 42% en promedio) en relación a los PNF teóricos. Siendo así la importancia que tienen en la elaboración de juicios clínicos los PNF no teóricos, esto sugiere la necesidad investigar más en profundidad cuáles son exactamente los patrones utilizados si no son los que pertenecen a la teoría de referencia del terapeuta.

Observaciones finales

Aún con los pocos protocolos que pudieron analizarse y los pocos datos obtenidos, una conclusión preliminar que puede realizarse a partir del trabajo concretado es que el enfoque y

procedimientos de trabajo aplicados resultaron ser muy fructíferos para el análisis de los procesos de elaboración de juicios clínicos por parte de terapeutas formados en distintas líneas teóricas.

Muchos preconceptos y observaciones de sentido común que realizan muchos psicólogos respecto del trabajo clínico a partir del uso de una u otra línea teórica, pueden ponerse a prueba con la aplicación de los procedimientos aquí elaborados y formalizados, con los consecuentes beneficios para el estudio y la transmisión de la práctica clínica en la clínica psicológica.

En contraste con lo que ha ocurrido en medicina donde se han realizado numerosísimos estudios vinculados con la resolución de problemas médicos en diagnóstico, gestión y tratamiento de casos, en psicología es escasa la bibliografía y los trabajos empíricos realizados.

El estudio desarrollado por nuestro equipo fue de carácter eminentemente exploratorio y debiera dar lugar a nuevas investigaciones que afinen los procedimientos, mejoren los diseños y resuelvan los innumerables problemas metodológicos que inevitablemente surgen en una investigación de estas características y a los cuales, aquí, no se les ha dado lugar para su consideración.

Referencias

- Bucci, W. (1997), *Psychoanalysis and Cognitive Science: A Multiple Code Theory*, Guilford, New York.
- Bucci, W. (2001), "Pathways of emotional communication", *Psychoanalytic Inquiry*, vol. 21, 1:40-70.
- Craver, C. (2001), "Structures of Scientific Theories", en P. K. Machamer & M. Silberstein (eds.), *Blackwell Guide to the Philosophy of Science*. Blackwell, Oxford.
- Ericsson, A. & Simon, H. (1984) *Protocol Analysis. Verbal reports as data*, MIT Press, Massachusetts.
- Eubanks-Carter, C.; Goldfried, M. R. (2006), "The impact of client sexual orientation and gender on clinical judgments and diagnosis of borderline personality disorder", *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 62, 6:751-770.
- Johnson, R. E.; Calhoun, L. G.; Boardman, W. K.. (1975), "The Effect of Severity, Consistency, and Typicalness Information On Clinicians' Causal Attributions", *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 31, 4:600-604.
- Leibovich de Duarte, A. S. (1980), "Las técnicas proyectivas y el psicodiagnóstico -El problema del juicio clínico", trabajo presentado en el IV Congreso Latinoamericano de Rorschach y otras Técnicas Proyectivas, Rosario.
- Lichtenberger, E. O. (2006), "Computer utilization and clinical judgment in psychological assessment reports", *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 62, 1:19-32.
- Mei-whei, C. ; Froehle, T.; Morran, K. (1997), "Deconstructing Dispositional Bias in Clinical Inference: Two Interventions", *Journal of Counseling & Development*, Vol. 76, 1:74-81.
- Murdach, A. D. (1994), "Avoiding Errors in Clinical Prediction", *Social Work*, Vol. 39, 4:381-386.
- Polanyi, M. (1967), *The Tacit Dimension*, Anchor Books, Garden City, NY.
- Ryle, G. (2005) *El concepto de lo mental*, Ediciones Paidós Ibérica.
- Rosenthal, T. L.; White, G. M. (1972), "On the Importance of Hair in Students' Clinical Inferences", *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 28, 1:43-47.
- Schön, D. (1992), *La formación de profesionales reflexivos*, Paidós, Barcelona-Bs. As.-México.
- Snyder, D.K. (2000), "Computer-assisted judgment: Defining strengths and liabilities", *Psychological Assessment*, 12(1), 52- 60
- Westen, D.; Weinberger, J. (2005), "In praise of clinical judgment: Meehl's forgotten legacy", *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 61, 10:1257-1276.
- Wolf, N.S et al (2000), "Mirror neurons, procedural learning, and the positive new experience: a developmental systems self psychology approach", *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 28(3):409-30.
- Wolf, N.S et al (2001), "The Developmental Trajectory from Amodal Perception to Empathy and Communication: The Role of Mirror Neurons in this Process", *Psychoanalytic Inquiry*, vol. 21, 1:94-112.